EMBORNAL *História da saúde e das doenças*
Revista da Associação Nacional de História - Seção Ceará

AS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL INFANTO JUVENIL NO BRASIL: A CONSTRUÇÃO DE UMA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL SENSÍVEL ÀS ESPECIFICIDADES DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA

Vládia Jucá[46]

Resumo

O presente artigo apresenta um panorama histórico das políticas de saúde mental destinadas a crianças e a adolescentes no Brasil. Demarcamos três períodos, através dos quais, a assistência se transforma articulada às mudanças na compreensão psicopatológica das questões de saúde mental infanto-juvenil. O primeiro período remonta ao início do século XX e as primeiras práticas em saúde mental destinadas ao público em questão. O segundo período inicia-se com a reabertura democrática no país na década de 80 do século passado, momento a partir do qual se fortalece a discussão acerca das especificidades da saúde mental na infância e na adolescência, culminando na construção de uma Rede de Atenção Psicossocial. Em um terceiro momento, discutimos as mudanças em termos de marcos legais ocorridos a partir de 2011, as quais ameaçam as conquistas realizadas durante três décadas de elaboração de políticas assistenciais sensíveis às especificidades da infância e da adolescência.

Palavras-chaves: Saúde Mental, Políticas Públicas, Infância, Adolescência

Mental Health Policies for Children and Adolescents in Brazil: The Building of a Psychosocial Care Network Sensitive to the Specificities of Childhood and Adolescence

Abstract

This paper presents a historical overview of mental health policies for children and adolescents in Brazil. We demarcate three periods through which care becomes articulated with changes in the psychopathological understanding of child and youth mental health issues. The first period dates back to the early twentieth century and report the first mental health practices to children and adolescents. The second period begins with the democratic reopening of the country in the 1980s, when the discussion about the specificities of mental health in childhood and adolescence took place, culminating in the construction os a Psychosocial Care Network. In a third moment, we discuss the changes in terms of legal milestones that occurred from 2011, which threaten the achievements made during three decades of elaboration of welfare policies sensitive to the specificities of childhood and adolescence.
Keyword: Mental Health, Public Policy, Childhood, Adolescence

[46] Psicóloga pela Universidade Federal do Ceará. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia com pós-doutorado em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal de Minas Gerais. Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará.

Introdução

Tratar da história da construção de uma rede assistencial voltada para crianças e adolescentes no Brasil é de extrema relevância na atual conjuntura política do país, marcada por ataques sistemáticos às conquistas referentes à elaboração de políticas públicas, em especial, aquelas nascidas a partir da redemocratização do país. Consideramos o resgate histórico uma forma de resistência importante nos dias atuais, sobretudo quando práticas comprovadamente geradoras de exclusão e de agravos no campo da saúde retornam sob a insígnia do novo e encontram uma significativa aceitação social. Além da fragilização do Estado de Direito Democrático, no caso específico da saúde mental infanto-juvenil, a não implementação efetiva da Rede de Atenção Psicossocial para infância e para adolescência colaboraram para que parte da opinião pública se tornasse favorável ao retorno de práticas consideradas superadas como as internações em comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos.

A proposta de uma rede assistencial voltada para as especificidades de crianças e de adolescentes emerge da necessidade de responder à lacuna assistencial no que diz respeito aos quadros de sofrimento psíquico com grande impacto para o desenvolvimento e a inserção social das crianças, dos adolescentes e dos seus responsáveis. Esteve em jogo durante três décadas (entre as décadas de 80 e 90 do século passado, e a primeira década dos anos 2000) um árduo trabalho para desenhar e implementar uma assistência de qualidade no âmbito do Sistema Único de Saúde em aliança com outros setores, através da qual crianças e adolescentes, tomados como sujeitos de direitos, pudessem conjuntamente com seus responsáveis, receber um tratamento adequado.

Abordar a construção da Rede de Atenção Psicossocial voltada para o cuidado em saúde mental de crianças e de adolescentes é uma tarefa atravessada por dois eixos – a genealogia das teorias no âmbito da psicopatologia, norteadoras da pesquisa e do tratamento e, por outro lado, a construção dos dispositivos de assistência. Na impossibilidade de abordarmos com profundidade os dois eixos, centraremos nossos esforços na discussão sobre a assistência. No entanto, algumas breves observações acerca da genealogia da psicopatologia infanto-juvenil serão tecidas, considerando sua importante influência na historicidade dos

modelos assistenciais, as rupturas ocorridas ao longo desse processo e os interesses políticos em jogo (CIRINO, 2015)[47].

Para atender ao propósito de contar a história da construção de uma rede de atenção psicossocial sensível às especificidades da infância e da adolescência, vamos dividir o presente capítulo em três partes: a primeira remonta ao início do século XX, quando nasce junto com uma psicopatologia infanto-juvenil na Europa as primeiras medidas assistenciais para crianças e adolescentes no Brasil; a segunda destinada ao entendimento da importante ruptura derivada da redemocratização do país na década de 80 e a terceira, mais recente, marcada pela formalização legal da rede de atenção psicossocial em 2011, seguida por tentativas de desconstrução das conquistas realizadas, intensificadas após a última eleição presidencial.

A Saúde Mental Infanto-Juvenil no Brasil em seus Primórdios: Entre a Dessasistência, a Institucionalização e a Pedagogização do Sofrimento Psíquico

Enquanto o discurso sobre a loucura dos adultos nasceu no século XVIII, através do alienismo, como relata Foucault (1980)[48] em sua arqueologia do saber psiquiátrico, a psicopatologia infanto-juvenil demora ainda quase dois séculos para se constituir. A própria noção de infância como uma etapa diferenciada da vida surge também no século XVIII, sendo portanto contemporânea ao surgimento da loucura como doença mental. Ademais, a adolescência só fará sua aparição conceitual no século XIX[49]. Apesar de algumas discussões relativas à infância aparecerem como derivadas das discussões em torno psicopatologia do adulto ainda no século XIX, apenas no início do século XX, sob forte influência da Psicanálise, emerge um conhecimento e uma prática clínica com crianças e adolescentes, através de pioneiros, dentre os quais vale destacar: Hermine von Hug-Hellmut, Anna Freud, Melaine Klein, Donald Woods Winnicott e Françoise Dolto (COSTA, 2007)[50]. A despeito das divergências teóricas entre esses autores, é através da clínica instituída por eles que um olhar mais específico sobre as questões concernentes ao sofrimento psíquico na infância entra em cena.

---

[47] CIRINO, O. Genealogia da Psiquiatria da Infância. In: KAMERS, M.; MARIOTTO, R.M.M; VOLTOLINI, R. (Orgs). *Por uma (nova) Psicopatologia da Infância e da Adolescência*. São Paulo: Escuta, 2015, p.19-40.
[48] FOUCAULT, M. F. *O Nascimento da Clínica*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.
[49] ARIÈS, P. *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: LTC, 1981.
[50] COSTA, T. *Psicanálise com Crianças*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

Os primórdios da psicopatologia infanto-juvenil não se restringiram a psicanálise, mas sofreram fortemente sua influência. Duas correntes teóricas se afirmaram e foram importantes na formação médica e psicológica. Uma representada por Leo Kanner combinava a psicanálise norte-americana, principalmente através das influências ambientalistas, com uma perspectiva funcionalista marcada por preocupações com a adaptação e adequação dos comportamentos considerados disfuncionais a higiene mental (através da educação), movimento que acaba tendo sérias repercussões mundiais em suas alianças com a eugenia. A segunda corrente foi a organodinâmica, em sua peculiar combinatória também das influências psicanalíticas, com um discussões genéticas e desenvolvimentais, representada pelo Tratado de Psiquiatria Infantil de Ajuriaguerra (SHIMIDIT, 2004)[51].

Com relação à assistência, uma discrepância importante entre a influência da psicanálise – especialmente, dos autores que tomaram a criança e o adolescente como sujeito em constituição, cuja assistência clínica podia ser determinante nos rumos de sua estruturação psíquica – e as políticas públicas se fez sentir no início do século XX. Importante considerar que a prática clínica destinada a esse público tardou a se instaurar no país e durante muitos anos, podemos arriscar dizer que até a década de 80 do século passado, com a implementação dos ambulatórios públicos de saúde mental, era uma prática extremamente elitista a qual uma parcela ínfima da população podia ter acesso e, mesmo assim, nem sempre o fazia, pois a imagem da criança adoecida psiquicamente contrariava o ideário burguês de uma infância feliz, protegida e que encarnava de modo germinal o futuro do país. Até então, se pudermos falar de incursões clínicas, estaremos nos referindo a práticas muito mais vinculadas à adaptação social, à correção de desvios considerados morais e aos ajustes dos problemas de aprendizagem. Portanto, práticas mais pedagógicas do que propriamente clínicas, especialmente se consideramos a ética e os compromissos políticos que respaldavam tais ações.

Nesta direção, uma das primeiras ações em termos de saúde pública destinada especialmente à infância foi Liga Brasileira de Higiene Mental, entre os anos 20 e 30 do século XX. A chegada da modernidade ao Brasil fez com que a criança se tornasse um problema de Estado. “A psiquiatra se fantasia de higiene mental que se define como moral universal do amanhã” (SCHETMAN, 2005, p.26)[52]. Em 1932, é criada a Clínica da Eufrenia,

---

[51] SHIMID, P. Pensando a rede de saúde mental infanto-juvenil no Rio de Janeiro e os Casos Graves. In: FERREIRA, T. A *Criança e a Saúde Mental*: Enlaces entre a Clínica e a Política. Belo Horizonte: Autêntica/ FCH-FUMEC, 2004, p. 111-127.

[52] SCHETMAN, A. Textos da Primeira Reunião Temática. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para

fortemente articulada com a Eugenia promovida pelos governos totalitários na Europa e consonante com a Era Vargas no Brasil. A Clínica da Eufrenia destinava-se a para prevenir as "doenças nervosas da infância". Surge então, ao mesmo tempo, uma campanha pública e um mercado clínico voltado para à psicoeducação e à higiene mental. Schetman (2005) faz um resgate de um documento dessa época, amplamente difundido, a "Carta de Exortação às Mães", bastante ilustrativo do movimento higienista:

> Estás certa de que teu filho não possui nenhuma predisposição nervosa? A criança normal é geralmente alegre, sorridente, ativa, chora pouco e gosta de brincar. Se o teu filho é tristonho e apático, ou excessivamente excitado e brigão, se chora muito e tem ataques de raiva, cuidado com a predisposição nervosa que o pode transformar, no futuro, em uma criança doente e infeliz (...) Teu filho é tímido, ciumento, desconfiado? É teimoso, pugnaz, exaltado? Cuidado com esses prenúncios de constituição nervosa. Teu filho tem defeitos na linguagem, é gago? Manda-o examinar para saber sua verdadeira causa. Teu filho tem vícios de natureza sexual? Leva-o ao especialista para que te ensine a corrigi-lo. Teu filho é mentiroso ou tem o vício de furtar? Trata-o sem demora, se não quiseres possuir um descendente que te envergonha. Teu filho tem muitos tiques ou cacoetes? É um hipermotivo. Procure evitar a desgraça futura do teu filho, que poderá ser candidato ao suicídio. Teu filho pouco progride nos estudos? Antes de culpar o professor, submete-o a um exame psicológico. Conhecerás então, o seu nível mental, o seu equilíbrio emotivo, e terás, assim, elementos para melhor o encaminhar na vida. Lê e reflete. A felicidade do teu filho está em grande parte nas tuas próprias mãos. Não esperes, portanto, que o teu filho fique nervoso, ou atinja as raias da alienação mental; submete-o quanto antes, a um exame especializado, a fim de que, amanhã, não te doa, nem de leve, a consciência. É esta a exortação que te faz a Liga Brasileira de Higiene Mental, que somente deseja ver felizes todas as mães, para que felizes sejam também todos os filhos deste querido Brasil (p. 27-28).

É interessante resgatar os impactos do movimento higienista na assistência à saúde mental de crianças e adolescentes, considerando que as mudanças operadas com a medicalização da sociedade e os retrocessos em termos da assistência, dos quais trataremos mais adiante, colocam novamente o controle dos corpos e a manutenção da ordem social como pautas prioritárias, em detrimento de um cuidado em rede de base territorial, aliado às políticas de inclusão e de proteção social.

---

uma política de saúde mental infanto-juvenil. 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005, p.25-29.

As primeiras décadas do século XX, para além do movimento higienista, foram palco de outros mal-entendidos geradores de uma assistência inadequada (COUTO, 2004)[53]. O primeiro mal-entendido, destacado pela autora, foi o pedagógico: "[...] Reduzindo a criança à condição de aprendiz, sustenta uma ideário de metas a ser alcançado de tal forma que ela, a criança, possa ser medida em escalas de desenvolvimento e recolocada no curso do desenvolvimento saudável, caso apresente algum desvio". (p.63). O modelo interpretativo em jogo era o da deficiência, levando a montagem de dispositivos mais pedagógicos do que clínicos. Em seguida, é sublinhado um mal-entendido construído no cruzamento dos saberes "psi" e de ideários culturais em torno da infância. O mal-entendido em questão ancorava-se na dificuldade em aceitar que a criança poderia apresentar os signos da loucura e, mais ainda, que tais signos realmente representavam um sofrimento digno de atenção especializada.

Para termos uma ideia da configuração do que acontecia em termos de assistência, Couto (2004) resgata um levantamento realizado pela Assessoria de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro, em 2000, segundo o qual aproximadamente 70% dos municípios utilizavam os dispositivos da rede filantrópica (principalmente APAE e Pestalozzi, portanto, instituição com importante vocação pedagógica e mais voltadas para as síndromes genéticas e os atrasos no curso do desenvolvimento considerado normal). Quando os ambulatórios especializados acolhiam as crianças, dirigiam seu trabalho principalmente para crianças com distúrbio de aprendizagem e de conduta. Vale destacar que o referido levantamento realizado em 2000 aconteceu quando a reforma psiquiátrica, da qual trataremos no segundo tópico desse capítulo já estava em curso.

De qualquer sorte, durante aproximadamente um século as crianças ficavam prioritariamente em dispositivos de educação especial enquanto adolescentes em hospitais psiquiátricos. Aliás, crianças também foram internadas em hospitais psiquiátricos, não sendo raros os casos daquelas que se tornaram moradoras. O livro premiado da jornalista Daniela Arbex (2013), "Holocausto Brasileiro"[54], apresenta exemplos de crianças e adolescentes que foram enviados para o Hospital Colônia de Barbacena, de onde ninguém retornava. Os motivos da internação eram sobretudo morais como, por exemplo, filhos ilegítimos ou jovens cuja virgindade havia sido perdida através de atos de violência sexual, mas que, na condição de "defloradas" tornavam-se motivos de vergonha para suas famílias, em especial, quando uma gravidez vinha atestar a nova condição de mulher. O Hospital Colônia de Barbacena

---

[53] COUTO, M. C. V. Por uma Política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes IN: FERREIRA, T (Org.) *A Criança e a Saúde Mental: Enlaces entre a Clínica e a Cultura*. Belo Horizonte: Autêntica, 2004, p.61-72.
[54] ARBEX, D. *Holocausto brasileiro.* São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ficou para a história como exemplo de uma instituição total violadora dos direitos humanos. Nele, apesar de não haver um extermínio ativo dos ali internados, a morte social operava no momento em que se era admitido e os que ali passavam a habitar morriam de frio, de desnutrição, de verminoses e de infecções várias. O caso de Barbacena ficou conhecido em função da visita de Franco Basaglia ao Brasil, em 1979, quando o psiquiatra e idealizador da reforma psiquiátrica italiana comparou publicamente o Hospital Colônia aos campos de concentração nazistas. Barbacena tornou-se um caso exemplar. No entanto, ele era um entre vários.

A dissertação de Blikenstein (2012)[55], escrita sobre as internações de crianças e de adolescentes durante os anos de 2005 a 2009, no Hospital Philippe Pinel, no Rio de Janeiro, revela que, mesmo depois da promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), as internações continuaram a acontecer e estudando as trajetórias que levaram ao internamento, bem como os casos de reinternação, a autora nos fornece mais elementos para refletir sobre as consequências nefastas da institucionalização e sua ineficácia. A institucionalização e a produção ou o agravamento do sofrimento psíquico não foi exclusividade dos hospitais psiquiátricos. Como destaca Rizzini (2005)[56], uma das referências no país sobre a institucionalização da infância e da adolescência, a institucionalização aconteceu, ao longo da história, através de dispositivos vários, dentre os quais a autora destaca os colégios internos, os seminários, os asilos, as escolas de aprendizes, os educandários e os reformatórios.

O modelo de atenção dominante nas primeiras décadas do século XX delineou-se, portanto, entre o manicômio e os dispositivos mais educacionais do que clínicos. A institucionalização e a cronificação do sofrimento levaram não apenas a agravos à saúde, mas a desconsideração da criança e do adolescente como sujeitos de direitos. Esse cenário começa a mudar com a redemocratização do país e as políticas públicas construídas desde então. Conquistas importantes, sempre realizadas com muitos tensionamentos e de modo não linear, como demonstra o trabalho de Blikenstein (2012). De qualquer sorte, os avanços foram significativos quando consideramos a realidade dominante até a década de 80 do século XX. Avanços, hoje ameaçados. Vale, portanto, resgatá-los.

---

55 BLIKENSTEIN, F. *Destino de Crianças: Estudo sobre a Internação de Crianças e Adolescentes em Hospital Público Psiquiátrico*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica. São Paulo, 2012.

56 RIZZINI, I. Abordagem Crítica da Institucionalização Infanto-Juvenil no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005, p.29-34.

Os Pilares da Construção de uma Rede de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência no Brasil: a Redemocratização do País, a Reforma Psiquiátrica e o Estatuto da Criança e do Adolescente

A redemocratização do país, ocorrida na década de 80 do século XX foi construída a partir da confluência de uma série de batalhas empreendidas, sobretudo, pelos movimentos sociais. No campo da saúde, destaca-se o entrelaçamento de duas lutas: a reforma sanitária com os esforços empreendidos por seus atores para a construção de uma saúde pública e gratuita para todos (até então o acesso à saúde estava restrito aos que contribuíam com a previdência em decorrência dos vínculos trabalhistas) e a reforma psiquiátrica, iniciada em meados da década de 70 por trabalhadores dos equipamentos de saúde, insatisfeitos com suas condições de trabalho e com a gravidade das condições subumanas as quais os pacientes eram submetidos. Condições marcadas pela violação dos direitos humanos e produtoras da cronificação dos quadros clínicos apresentados. Vale frisar: nem todos eram internados por motivos clínicos. As condenações morais, as condições precárias de muitas famílias se misturavam às situações nas quais as internações aconteciam em decorrência de critérios clínicos, gerando uma massa heterogênea que, quando não chegava aos manicômios já adoecida, ali encontrava as condições adequadas para sua desorganização psíquica e degradação física.

O movimento dos trabalhadores de saúde mental levou à realização da primeira Conferência de Saúde Mental, em 1987, na qual além das denúncias acerca das condições as quais estavam submetidos os pacientes dos hospitais psiquiátricos e os trabalhadores, discutiu-se sobre a necessidade de reorientação da assistência, bem como o desenvolvimento do controle social. Na primeira Conferência, contudo, a saúde mental infanto-juvenil não foi pautada. Foi apenas na 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992) que a situação perversa na qual se encontravam crianças e adolescentes institucionalizados foi denunciada. A urgência de se instituir uma política assistencial voltada para esse público demorou mais alguns anos para ser pensada, sendo um ponto importante na 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2001). Entre a segunda e a terceira Conferência, dois acontecimentos foram importantes para a construção de um novo modelo assistencial na saúde mental para crianças e adolescentes: o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) e a Lei da Reforma Psiquiátrica (2001), a Lei Paulo Delgado que passou no Congresso Nacional após onze anos de sua apresentação primeira.

A Lei Paulo Delgado[57] regulamentou a reforma psiquiátrica no Brasil a partir dos seguintes nortes: 1) adoção de uma diretriz não asilar para o financiamento público; 2) proposta de elaboração de uma política que inclua alta planejada e reabilitação psicossocial; 3) implementação, nas emergências psiquiátricas, da obrigatoriedade de notificar ao Ministério Público os casos de internações involuntárias e 4) desvinculação da incapacidade laborativa (que pode ser transitória) da incapacidade civil. Em termos da relevância da Lei 10.216 para a saúde mental infanto-juvenil, o destaque deve ser dado ao redirecionamento do financiamento público dos hospitais psiquiátricos para a criação de uma rede substitutiva que, pouco tempo depois da promulgação da lei, incluiria os Centros de Atenção Psicossocial voltados para Crianças e Adolescentes. Por sua vez, do Estatuto da Criança e do Adolescente[58], destacamos o artigo 11º artigo do capítulo 1: "É assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde" (p.12).

A perspectiva instituída pela reforma psiquiátrica de construção de uma rede substitutiva que gradativamente superasse o modelo manicomial centrado no hospital psiquiátrico levou a construção dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), organizados de acordo com a clientela ao qual se destinavam e a quantidade de habitantes do município no qual se instalavam. Os CAPS foram regulamentados em 2002[59] e, dentre as modalidades então elencadas, interessa-nos sobretudo os CAPSi, voltados para a infância e para a adolescência, e regulamentados em 2002. De acordo com o Ministério da Saúde (2004):

> O CAPSi é um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente. Estão incluídos nessa categoria os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais [...] ampliam-se as possibilidades de tratamento quando o atendimento tem início o mais cedo possível. (p.23)

A população a ser atendida pelos CAPSi é redefinida por ocasião da Portaria 3.088 de 23 de Dezembro de 2011[60] nos seguintes termos:

---

[57] BRASIL. Lei Paulo Delgado: Lei 10.216 de 06 de Abril de 2001. Disponível em: <https://paulodelgado.com.br/lei-no-10-216-de-6-de-abril-de-2001/> Acesso em: 09 set. 2019.
[58] BRASIL. Lei Nº 8.069, de 13 de Julho de 1990. Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.
[59] BRASIL. Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs > Acesso em: 09 set. 2019.

[60] BRASIL. Portaria 3088 de 23 de Dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento de transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS. Disponível em: <bvms.saude.gov.br> Acesso em 09 de set. de 2019.

> CAPS i: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes.

A mudança no modo de referir o perfil clínico dos pacientes a serem atendidos no CAPSi revela, por um lado, um avanço importante: a incorporação da crianças e de adolescentes em uso problemático de substâncias psicoativas, mas, por outro, desvela a incorporação das mudanças operadas na nosologia da psicopatologia infanto-juvenil, a qual foi gradativamente perdendo sua orientação psicanalítica e incorporando a noção de "transtorno" tão problemática e vinculada à medicalização da vida. A noção de transtorno traduz uma compreensão sindrômica das psicopatologias, compreendidas como um conjunto de sintomas, através de uma explosão do número de classificações possíveis. Surge atrelada a uma onda neopositivista no campo da ciência, pretendendo criar uma classificação ateórica e descritiva, mas intimamente articulada a um projeto neoliberal no campo político, vinculado à perspectiva de que os processos de saúde e de doença são problemas do indivíduo a serem regulados através das medicações e de perspectivas terapêuticas novamente orientadas pela adequação social e manutenção do sujeito em sua capacidade produtiva.

A despeito das mudanças no entendimento das psicopatologias da infância e da adolescência e suas repercussões para a assistência na atualidade, a virada do século XX para o século XXI prometia um novo horizonte assistencial com potência para mudar o curso da vida de crianças e de adolescentes acometidos por sofrimentos psíquicos com repercussões importantes em seu desenvolvimento e estabelecimento de laços sociais. Como afirmou Couto (2004), até então contávamos com a construção de novas experiências assistenciais que gozavam de embasamento normativo-jurídico e um grande impulso em termos de produção de conhecimento articulando a clínica e a política. Sobre tais produções, vale destacar as reflexões acerca das inovações relativas a diversificação das tecnologias de cuidado, o debate em torno da importância de uma intervenção precoce e das especificidades de uma prática clínica realizada em dispositivos públicos de saúde voltados para jovens com sofrimento, no qual o psíquico e social se encontravam imbricados em uma trama complexa. A partir de 2011, no entanto, o cenário começa a mudar, colocando em cheque mate várias das conquistas realizadas. A situação se agrava após o impeachment da Presidenta Dilma Rousseff, quando as forças conservadoras no país passam a ocupar posições estratégicas que as permitem operar

no sentido da desconstrução da política de saúde mental orientada pela reforma psiquiátrica anti-manicomial.

Os Tensionamentos e as Desconstruções das Conquistas Políticas na Assistência à Saúde Mental de Crianças e Adolescentes

Apesar de uma onda conservadora e, mais ainda, de desconstrução das políticas públicas se apresentar com maior visibilidade nos últimos três anos no país (de 2016 a 2019), é fato que a resistência às mudanças operadas estão na própria origem de sua realização. De qualquer sorte, o apoio popular a essa onda conservadora, de certo modo, surpreendeu a muitos. Um ressentimento crescido à sombra da ascensão social de parte da população brasileira, do maior acesso a universidade através da política de cotas, da implementação de estratégias de enfrentamento dos processos discriminatórios de longa data e das distorções no acesso aos bens e serviços eclodiu nas redes sociais e se expressou nas urnas.

São muitos os fatores em jogo e, para fins desse capítulo, não poderíamos contemplar esse fenômeno com a complexidade necessária. Destacamos, de todo modo, que a expansão e as novas configurações do tráfico de drogas, reorganizado a partir das facções e alimentado pela política proibicionista do Estado brasileiro, arregimentou muitos jovens ora na condição de mão de obra para o intenso comércio instituído ora na condição de usuários de substâncias psicoativas, em alguns casos, em um padrão de uso abusivo abusivo que os coloca em risco tanto pelas questões de saúde envolvidas quanto pelas eventuais dívidas contraídas com o tráfico.

Para esses jovens, o Sistema Único de Saúde em suas alianças intersetoriais, com destaque para o Sistema Único de Assistência Social, não conseguiu efetivar uma Rede de Atenção Psicossocial que garantisse o cuidado adequado e a proteção social. Experiências exitosas aconteceram. No entanto, a escassez de equipamentos e de condições adequadas para a realização do trabalho territorial, as dificuldades no preparo e na manutenção das equipes, os frágeis vínculos empregatícios e as dificuldades em garantir a proteção para os jovens e seus familiares que dela precisavam colaborou para a resposta que viria a se construir através especialmente das comunidades terapêuticas.

Ademais, para os que precisavam de assistência em decorrência de quadros como os autismos, as psicoses ou as neuroses, aliados aqueles jovens que, em número crescente, precisavam de atendimento em função das tentativas de suicídio, das práticas de automutilação, das depressões, das perdas vivenciadas em decorrência dos contextos de

vulnerabilidade e de violência no qual se encontram imersos, também a resposta foi insuficiente. Insuficiente pelos mesmos motivos expostos no parágrafo anterior. Para considerarmos apenas o déficit no número de Centros de Atenção Psicossocial voltados para à infância e para à adolescência, vale destacar os dados publicados por Couto[61], ainda em 2008, segundo os quais:

> Os indicadores disponíveis sugerem que a expansão da rede CAPSi está aquém da necessária e constitui um importante desafio a ser enfrentado. [...] Existiam, ao final de 2007, um total de 86 CAPSi em funcionamento. Em cinco anos, de 2002 a 2007, 54 novos serviços foram disponibilizados. O parâmetro populacional estabelecido pela base normativa (200.000 habitantes ou mais) incide diretamente sobre 130 cidades no país, sendo 14 com mais de um milhão de habitantes, onde, certamente, e não somente nelas, o número de CAPSi deveria ser maior do que um.
> O percentual de CAPSi em relação à totalidade dos CAPS (todas as tipologias) em funcionamento no país tem se mantido inalterado ao longo dos anos, média de 7%.

Não obstante experiências relevantes e exitosas tenham acontecido, tornando-se algumas objeto de reflexão e de publicação, em linhas gerais, a efetivação de uma assistência em saúde mental construída através de uma rede promotora do cuidado e da proteção social para crianças e adolescentes deixou a desejar. Em suas brechas, alimentaram-se os que não tinham interesse com sua efetivação e que, aproveitando a lacuna assistencial promotora de muito desamparo para as crianças, os adolescentes e seus cuidadores, aproveitaram para colocar em marcha os retrocessos que envolvem desde a discussão em torno da redução da maioridade penal, passando pela internação dos adolescentes nas comunidades terapêuticas (muitas mantidas por grupos religiosos que impõe seus valores em tratamentos duvidosos e incompatíveis com um Estado laico) e das crianças e adolescentes novamente nos hospitais psiquiátricos. Tais inclinações reformistas são de natureza manicomial e encontram-se intimamente articuladas a alianças econômicas e políticas realizadas com um modelo científico neopositivista consonante com o neoliberalismo que consideram ser os “transtornos” decorrentes de desvios no funcionamento cerebral passível de correção através de medicações, novas práticas de estimulação cerebral (em frequência menor do que a eletroconvulsoterapia), psicocirurgia e treinamento de habilidades sociais. As desigualdades sociais, as questões concernentes a cultura contemporânea, a crise na educação, a eclosão da

---

61 COUTO, M.C.V.; DUARTE, C. S; DELGADO, P. G. G. *A Saúde Mental Infantil na Saúde Pública Brasileira: Situação Atual e Desafios*. Rev. Bras. de Psiquiatria, 2008, n. 30, v. 4, p.390-8.

violência e os impasses na construção de uma assistência adequada deixam de ser pautas prioritárias no entendimento da produção do sofrimento psíquico.

A primeira brecha para o retorno de práticas antigas surgiu com a Portaria 3.088 de 23 de Dezembro de 2011 supracitada, responsável por instituir a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). De acordo com o referido documento, o primeiro objetivo da RAPS seria promover cuidados em saúde especialmente grupos mais vulneráveis (crianças, adolescentes, pessoas em situação de rua e populações indígenas). Os elementos que comporiam Compõe a RAPS, seriam a Atenção Básica em Saúde; a Atenção Psicossocial Especializada (os CAPS); a Atenção de Urgência e Emergência; a Atenção Residencial de Caráter Transitório; a Atenção Hospitalar (Hospitais Gerais); as Estratégias de Desinstitucionalização; e a Reabilitação Psicossocial. Além do desenho proposto, a RAPS, como afirmamos acima redefiniu a clientela do CAPSi, incluindo nela jovens em abuso de substâncias psicoativas (SPAs) – avanço importante, considerando que até então esses jovens ficavam sem lugar entre a modalidade de CAPS voltada para crianças e uma outra modalidade destinada a usuários adultos de SPAs. No entanto, duas brechas que iriam posteriormente em muito colaborar a corrosão da própria RAPS se fizeram presentes na Portaria: 1) a inclusão das comunidades terapêuticas, muitas de cunho religioso e, naquele momento, sem a exigência da presença de equipes de saúde especializadas no cuidado a saúde mental; comunidades essas que passaram a receber os investimentos financeiros inexistentes para a construção de novos CAPS, capacitação das equipes e ampliação da cobertura da atenção básica e 2) o retorno do hospital para o rol dos dispositivos assistenciais. No artigo 11, parágrafo 2º, ficou estabelecido que:

> O hospital psiquiátrico pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões de saúde enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente, devendo estas regiões de saúde priorizar a expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial.

Ora, se a rede já encontrava sérios empecilhos para sua concretização, especialmente, em algumas regiões do país, nas quais o próprio movimento da reforma psiquiátrica tardou a chegar, com o retorno do financiamento para os hospitais e para a expansão das comunidades terapêuticas, as dificuldades aumentaram e o embate sempre existente entre aqueles que apostavam na rede substitutiva e os interessados no retorno do modelo manicomial novamente acirrou-se, sendo que desta vez tem saído fortalecido o segundo grupo.

Desde então, e de vários modos, a reforma psiquiátrica não manicomial e todas as conquistas no sentido da efetivação de uma rede pública, gratuita e de qualidade para crianças

e adolescentes com sofrimento psíquico grave são atacados cotidianamente. Os compromissos assumidos e fundamentados com sólida produção teórica no âmbito da psicopatologia infanto-juvenil, em particular de orientação psicanalítica, e com a crítica realizada por movimentos sociais e produções científicas no campo da educação e da saúde coletiva acerca sobre os riscos da medicalização da vida ficaram em segundo plano.

Caminhando na direção da institucionalização de crianças e de adolescentes, tivemos, por fim, no presente ano a publicação da Nota Técnica Nº 11/2019[62] do Ministério da Saúde que evidencia ser a internação de crianças e adolescentes como um horizonte possível e a ser definido de acordo com o que será interpretado como "benefício dos pacientes". De acordo com a Nota:

> Não há restrições absolutas para o atendimento de pacientes menores de idade nos Serviços da RAPS, sendo aplicável o bom-senso, a ética e o princípio da preservação da integridade física, moral e da vida do paciente. O melhor interesse do paciente deve sempre prevalecer. Deve-se colocar como exemplo o caso de internação de crianças e adolescentes em unidades psiquiátricas. Vale ressaltar que não há qualquer impedimento legal para a internação de pacientes menores de idade em Enfermarias Psiquiátricas de Hospitais Gerais ou de Hospitais Psiquiátricos. A melhor prática indica a necessidade de que tais internações ocorram em Enfermarias Especializadas em Infância e Adolescência. No entanto, exceções à regra podem ocorrer, sempre em benefício dos pacientes.

Os retrocessos apresentados no presente tópico se, por um lado, produzem certo desânimo não devem ser considerados como um destino inexorável. A historicidade é escrita a partir das contradições e conflitos que tornam movimentos de superação possíveis, a depender da reação construída pelos movimentos sociais, pelas Universidades, pelas instâncias jurídicas mantenedoras do Estado de Direito Democrático, e pelas alianças com nossos representantes nas Assembleias Legislativas e no Congresso Nacional (os comprometidos com a não medicalização, a não institucionalização e a assistência de base territorial e comunitária à saúde mental no SUS para crianças e adolescentes).

Ademais, os avanços políticos e as experiências implementadas estão sofrendo ataques, mas não foram desconstruídas de todo. De toda sorte, desafios importantes estão na ordem do dia. O primeiro é não permitirmos a desconstrução total das políticas públicas fundamentais para a sobrevivência e a reativação de uma Rede de Atenção na Manicomial. O

[62] BRASIL. Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: < http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em 09 de set. de 2019.

segundo é avançarmos em termos de aprimoramento das tecnologias de cuidado não manicomiais, demonstrando sua eficácia e potência não apenas no tratamento, mas na prevenção do adoecimento e dos agravos em termos de saúde mental. Para enfrentar a onda de uma nova reforma psiquiátrica de base manicomial, é preciso reinventar.

Considerações Finais

No presente capítulo, fizemos uma breve reconstrução histórica da assistência à saúde mental infanto-juvenil no país. Conforme assinalamos, é difícil contar essa história sem fazer menções ao conhecimento psicopatológico que atravessa as práticas assistenciais, justificando-as enquanto modelo de atenção predominante em determinada época.

Insistimos ser o resgate histórico – esse exercício de colocar a memória em ato – uma forma de resistência preciosa no cenário onde nos encontramos imersos, marcado por retrocessos que ameaçam conquistas produzidas a partir da redemocratização do país, no decorrer de três décadas; conquistas essas que foram se articulando ao longo do tempo para a tessitura de uma Rede de Atenção Psicossocial, pouco experimentada em território brasileiro, salvo as experiências exitosas em cidades que contavam com maiores recursos e um contexto político favorável a sua implementação.

Dividimos essa história em três partes. Na primeira, falamos das primeiras tentativas de responder aos desvios comportamentais e atrasos desenvolvimentais apresentados por crianças e adolescentes, em uma perspectiva fundamentalmente pedagógica, movida por um funcionalismo mais preocupado com a adaptação a um ideal de normalidade do que efetivamente com o sofrimento psíquico, o qual não chegava a ser exatamente considerado como uma experiência presente na infância e na adolescência. Demarcamos um segundo tempo, construído a partir de duas reformas no âmbito da saúde – a sanitária e a psiquiátrica – fundamentais na construção de um Sistema Único de Saúde e da reorientação na assistência em saúde mental. Por fim, apresentamos um terceiro momento a partir de 2011, no qual paradoxalmente a RAPS é instituída legalmente, no entanto, nela são, incorporados dispositivos incompatíveis com a lógica do cuidado em liberdade e com as preocupações acerca da constituição subjetiva de crianças e de adolescentes, além do compromisso ético político com sua não institucionalização.

Com esse resgate, esperamos colaborar no entendimento do momento pelo qual estamos passando, bem como os riscos nos quais crianças e adolescentes que precisam de uma assistência de qualidade encontram-se imersos. Enfrentamos hoje taxas extremamente

preocupantes de suicídio entre jovens (em especial entre 15 e 29 anos), o aumento das práticas de automutilação, e de adoecimento psíquico atrelado a violência urbana. A resposta e o enfrentamento não nos parece residir em um modelo neopositivista e neoliberal que faz recair sobre o próprio sujeito a responsabilidade única por seu mal-estar. Novamente, insistimos, faz-se necessário reinventar no enlace entre a clínica e a política, diversificando, aprimorando e ampliando as estratégias de cuidado nos territórios onde os sujeitos circulam em seu cotidiano.